

給付支給決定並びに支出伺										伺年月日			
常務理事		事務長		担当者		円						決裁年月日	
						支給額						自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間	
区分	<input type="checkbox"/> 本人 (7割) <input type="checkbox"/> 家族 (7割) <input type="checkbox"/> 六未 (8割)		計 算	※眼鏡支給額上限 (36,700円×1.06)						種別	<input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 医療費 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 訪問看護		

被保険者・**家族**療養費支給申請書

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日請求

記号		99		社員コード		0000		被保険者 氏名		健保太郎印		
番号		1234										
被保険者住所			〒0000-0000 00県00市00区001-1-1									
事業所名			00000 株式会社									
傷病名			右眼異物残留			発病・負傷の年月日			平成28年8月1日			
発病・負傷の原因			泳ぎに行ったときに、目に砂が入り、最寄りの病院へ行った									
傷病の経過			少し充血があったので、1日通院した									
診療・手当を受けた 医療機関名			0000病院									
診療・手当の内容			眼中洗浄及び目薬の処方された									
診療・手当の期間			令和1年8月1日から			2日間			支払った 費用		¥4,680-	
			令和1年8月2日まで									
療養の給付を受けること のできなかつた理由			保険証を持って行くのを忘 れた			第三者の行為による 傷病届の届出			有		無	
領収証の日付が装具装着日より後の場合			装着後に支払いした為									

療養を受けた者が家族であるとき記入するところ

氏名		健保花子		続柄		長女		生年月日		平成20年 5月 15日	
----	--	------	--	----	--	----	--	------	--	--------------	--

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考	マイナンバーにより申請する場合にマイナンバーを記入 (個人番号確認、本人確認書類を添付のこと)										
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

委任状	委任事項	この給付の (住所) 受領方を 令和 年 月 日 (氏名) 印 に委任する (被保険者) 印									
振込先		銀行 支店 当座・普通 番号									

—受付日付印—

(記入上の注意)

- 表題は被保険者が療養を受けたときは「被保険者」、家族が療養を受けたときは「家族」を○で囲んでください。
- 保険証を持たずに受診した場合は、医療機関が発行する診療報酬明細書、調剤薬局が発行する調剤報酬明細書(開封厳禁)と領収書原本を添付してください。できない場合は、別紙「領収明細書」を添付してください。
- コルセットの場合は、意見書、装具装着証明、領収書原本を添付してください。
※靴型装具は、装具 (患者が実際に装着する現物) の写真も添付が必要です。所定の台紙に貼付して提出してください。
- 小児眼鏡作成の場合は、作成指図書の写真、領収書原本、検査結果の添付が必要です。

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。